

Pagnamento, Licia Viviana

Políticas participativas en salud: Entre ideales y realidades. El caso de los promotores de salud en el Municipio de La Plata

VI Jornadas de Sociología de la UNLP

9 y 10 de diciembre de 2010

Cita sugerida:

Pagnamento, L. V. (2010). Políticas participativas en salud: Entre ideales y realidades. El caso de los promotores de salud en el Municipio de La Plata. VI Jornadas de Sociología de la UNLP, 9 y 10 de diciembre de 2010, La Plata, Argentina. En Memoria Académica. Disponible en: http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.5642/ev.5642.pdf

Documento disponible para su consulta y descarga en **Memoria Académica**, repositorio institucional de la **Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación (FaHCE)** de la **Universidad Nacional de La Plata**. Gestionado por **Bibhuma**, biblioteca de la FaHCE.

Para más información consulte los sitios:

<http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar>

<http://www.bibhuma.fahce.unlp.edu.ar>



Esta obra está bajo licencia 2.5 de Creative Commons Argentina.
Atribución-No comercial-Sin obras derivadas 2.5

VI Jornadas de Sociología UNLP. 9 y 10 de diciembre de 2010. La Plata.

Mesa 33: El nacimiento de la clínica. Ciencias sociales y salud

Ponencia: “Políticas participativas en salud: entre ideales y realidades. El caso de los promotores de salud en el Municipio de La Plata”

Pagnamento, Licia (CIMECS-IdIHCS (UNLP/CONICET) y Departamento de Sociología de la Facultad de Humanidades y Cs. de la Educación UNLP); pagnamento@yahoo.com.ar

Introducción

El marco general en el que análisis se inserta¹ refiere a un tipo particular de política social, como son las políticas en salud, que incluyen a la atención primaria (APS)² en la que se destaca la “participación de la comunidad”³ como uno de sus ejes sustantivos. Puede señalarse que la APS constituye uno de los puntos más destacados en las acciones de salud, especialmente luego de que fuera fomentada a partir de la conferencia de Alma Ata en 1978⁴. Allí se acordó que la **atención primaria de salud** constituía la principal estrategia para alcanzar la "salud para todos en el año 2000", y determinaba que la **participación comunitaria** era la clave para hacer llegar los servicios de atención de salud a toda la población, en particular a aquellos grupos de mayor riesgo y con menores posibilidades de acceso a la atención, además de permitir la ampliación de los servicios básicos de salud⁵.

En las últimas décadas, con rasgos específicos para cada país y región en donde se ha implementado, se puede identificar una gran heterogeneidad de experiencias. Al mismo

¹ Este trabajo forma parte de un proyecto general, integrado al Programa de Incentivos a la Investigación del Ministerio de Educación de la Nación sobre “Pobreza y relaciones de género y edad en ámbitos domésticos y extradomésticos. Estudios en el Gran La Plata”, dirigido por Amalia Eguía y Susana Ortale y radicado en el CIMECS-IdIHCS (UNLP/CONICET) y el Departamento de Sociología de la Facultad de Humanidades y Cs. de la Educación de la UNLP, que cuenta con el apoyo de subsidios del CONICET y la Agencia de Promoción Científica y Tecnológica del Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación Productiva.

² Algunas precisiones son necesarias para identificar a qué refiere la Atención Primaria de la Salud (APS). En principio, según la OPS/OMS, engloba al menos ocho componentes fundamentales: la educación para la salud y prevención; la provisión de alimentos y nutrición apropiada; el abastecimiento de agua potable y saneamiento básico; la asistencia materno-infantil y planificación familiar; la inmunización contra enfermedades infecciosas; la prevención y lucha contra enfermedades endémicas locales; el tratamiento apropiado de enfermedades y traumatismos comunes; y el suministro de medicamentos esenciales. Según el mismo organismo, la APS: 1) procura la provisión de asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad; 2) requiere de la participación de la comunidad; 3) su costo, en todas y cada una de las etapas de desarrollo, debe poder ser soportado por la comunidad y el país; 4) requiere un espíritu de autoconfianza y autodeterminación; 5) debe formar parte tanto del sistema nacional de salud como del desarrollo económico y social global de la comunidad; 6) constituye el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando la atención sanitaria lo más cerca posible del lugar donde viven y trabajan las personas; 7) implica además del sector sanitario, a todos los componentes y campos de actividad co-responsables del desarrollo nacional y comunitario; 8) se basa en todo el personal de salud así como las personas que practican la medicina tradicional para trabajar como un equipo de salud; 9) se dirige a los principales problemas de salud de la comunidad y provee servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación. En: www.ops.org.ar

³ El encodillado obedece a que el término merece un conjunto de precisiones analítico-conceptuales que no se desarrollarán aquí.

⁴ Su historia, puede rastrearse hacia fines de la década de los 50.

⁵ Morgan (1993) señala que la carta constitutiva de Alma Ata deja la impresión de que se podía mejorar la salud sin considerar el ámbito político, las relaciones de poder o las desigualdades sociales.

tiempo, la propia “participación” no asume un sentido unívoco. Sin embargo con frecuencia las instancias de decisión en el diseño e implementación de las políticas públicas (Organismos Internacionales incluidos) toman esta heterogeneidad o bien como dato sin mayores cuestionamientos (excluyendo una reflexión en profundidad), o bien como un problema que se resuelve con la unificación de criterios directrices.

El re-descubrimiento de la participación de los conjuntos sociales en la APS, que recorre en el caso latinoamericano varias décadas (desde los 60 en adelante, según los países), se estructura en base tanto a la recuperación (por imposición o decisión) de los lineamientos de organismos internacionales, como a la consolidación de ciertas líneas de acción definidas en distintos niveles y ámbitos de los Estados nacionales⁶, y formas organizativas de la sociedad civil más o menos autogestionarias (vinculadas o no con la estructura de administración estatal).

Si bien las especificidades de la discusión sobre la participación en referencia a la salud merecen apreciaciones en extenso, se podría señalar inicialmente siguiendo a Morgan (1993), que entre los múltiples contenidos del concepto, se destacan al menos dos. En un extremo una concepción que apunta a cuestionar y redefinir la estructura de poder dominante de una sociedad. En otro extremo una noción que la constituye en un medio para que la población (especialmente los pobres) asuman los costos de la infraestructura en salud y sean responsables de su salud y sus propios padecimientos⁷.

Pero más allá de estas consideraciones, un documento de la OPS OMS (1990) actúa como un referente ineludible desde los ‘90. Allí se presentan dos conceptos referidos a la participación en el marco de la tarea de fortalecimiento de los sistemas locales de salud (SILOS): la participación comunitaria y la participación social (este último se recupera como

⁶ En una reciente publicación del Ministerio de Salud de la Pcia de Buenos Aires (2007) se indica que en la mayoría de los países de Latinoamérica se han puesto en práctica programas de promoción y prevención con el objeto de elevar los niveles de salud de la población y disminuir la prevalencia de enfermedades evitables. Se señala que los resultados de estos programas son aún inciertos y en el caso de Argentina los resultados obtenidos no han logrado los beneficios esperados en relación a los esfuerzos invertidos. Según el informe, la Pcia. de Buenos Aires cuenta con aproximadamente 1600 Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) localizados en barrios de la periferia de las ciudades que apuntan a reconvertir el modelo centrado en el hospital en uno centrado en la comunidad, meta que se reconoce no lograda. Según este mismo documento, la debilidad de la política de APS se manifiesta en los indicadores de salud: las complicaciones por enfermedades prevalentes prevenibles se mantienen inalteradas y la mortalidad materna ha aumentado en los últimos años. Se asume que los obstáculos para la consolidación de la política en APS son la dificultosa incorporación de elementos de gestión y financiación (por ejemplo los esquemas de transferencia de fondos de la coparticipación a los municipios se realiza en base a la enfermedad: número de camas hospitalarias, cantidad de consultas realizadas, etc., lo cual resulta poco estimulante para consolidar la APS); y la organización del sistema de salud en base a la atención de individuos con problemas de salud.

⁷ En el campo de la salud no es infrecuente la idea de un necesario equilibrio entre derechos y deberes de las personas, aunque en general se enfatiza sobre todo el segundo elemento. Así se subrayan las responsabilidades individuales más que los derechos de los sujetos y el contexto de relaciones sociales de las que forman parte. Este énfasis que ubica en la mira al individuo puede llevar a la responsabilización por su estado de salud o enfermedad. La responsabilidad no puede ser planteada en términos individuales o desvinculada de los procesos generales que explican las características de una estructura social y de los procesos específicos de interacción entre los grupos sociales. De lo contrario sólo se vislumbra una parte del problema.

el más adecuado para los SILOS). La **participación comunitaria** refiere a las acciones individuales, familiares y de la comunidad para promover la salud, prevenir las enfermedades y detener su avance. La **participación social** es considerada como un concepto más amplio, que refiere a los procesos sociales a través de los cuales todos los actores sociales (grupos, organizaciones, instituciones, sectores) a todos los niveles dentro de una zona geográfica determinada intervienen en la identificación de las cuestiones de salud u otros problemas afines y se unen en una alianza para diseñar, probar y poner en práctica las soluciones.

La *participación social* es caracterizada como "de naturaleza sistémica", para referirse a la interacción de muchos actores dentro del sistema social y reconoce que las medidas sobre salud a nivel local serán el resultado de una alianza que se negocia continuamente a medida que van cambiando las condiciones. Se señala además que la participación social se concentra en grupos organizados que actúan al unísono en busca de intereses comunes en lugar de comportamientos individuales aislados. En relación con este planteo se menciona el concepto de *comunidades sanas* que se plantea como un elemento clave, en el cual individuos trabajan juntos no sólo para mantener y mejorar su propio estado de salud, sino también el de la comunidad en pleno⁸.

Pareciera que opera aquí una idealización de la comunidad cuyos rasgos más valuados se toman como parámetro para proponer una comunidad unida, sana, donde impera el bienestar común⁹. La propia idea de grupos actuando al unísono, aglutinados por el ideal de la comunidad sana, desdibuja toda diferenciación y peca de ingenuidad¹⁰. Asimismo la idea de "comunidad sana" que se presenta en el documento, realza sobretodo el aspecto político-ideológico y toma como secundarios los aspectos estructurales asociados a las relaciones de desigualdad (el apoyo mutuo o la unidad aparecen sobreponderados). Los recursos económicos son sobradamente importantes para "el desarrollo de los recursos de la comunidad", sean estos materiales o simbólicos, y si bien las acciones colectivas pueden

⁸ Esta apreciación descansa en la idea de que, al igual que el ser humano individual, la comunidad se puede definir como un organismo biológico, sociológico y cultural. De allí que, una ciudad o una comunidad sana se define como aquella que está continuamente mejorando su ambiente físico y social y desarrollando recursos que permiten a la población llevar a cabo todas las actividades cotidianas para desarrollar su potencial máximo por medio del apoyo mutuo. Se expresa que las instituciones públicas y privadas vinculadas al desarrollo socioeconómico general o a sectores específicos como la educación, el empleo, el saneamiento y el transporte así como la salud, junto con grupos políticos, religiosos, cívicos y de vecindarios, pueden y deben participar para crear comunidades saludables que promuevan el bienestar total de sus poblaciones y ambientes. (OPS/OMS, 1990)

⁹ Pareciera también que subyace la antigua diferenciación que en la teoría social se ha aglutinado en torno a las nociones de *comunidad* y *sociedad*, nociones que permitían comparar la sociedad tradicional y la sociedad moderna.

¹⁰ Surgen algunas preguntas: ¿se supone que todos miembros o grupos que constituyen una comunidad, una sociedad o un grupo, construyen relaciones sociales en términos de igualdad?; ¿las relaciones de poder y los procesos de subordinación pueden "suspenderse" toda vez que se construye un espacio de negociación? La inclusión de una perspectiva procesual (la negociación continua) no resuelve el problema de fondo: las relaciones de poder o de asimetría, de desigualdad en términos de recursos materiales y simbólicos, estarán marcando permanentemente la propia "negociación". Por otra parte, supone negar o minimizar la construcción de relaciones de fuerza entre los actores sociales.

generar una redefinición de las relaciones de fuerza propias de la estructura social, ello difícilmente se logre exclusivamente en el ámbito local y mucho menos suponiendo el mero apoyo mutuo: el principal problema de las sociedades para las cuales han sido propuestos los SILOS es el de la pobreza y ésta no se genera por la falta de unidad u homogeneidad de los grupos; sus causas se hallan en las características estructurales del sistema, el problema no se encuentra meramente en una cuestión asociada a la integración sino en la desigualdad.

Por otra parte la definición de *participación comunitaria* que aparece en el documento alude a acciones individuales o microgrupales (sean familiares o de interrelaciones próximas) de carácter preventivo frente a los problemas de salud. Dos cuestiones merecen ser mencionadas respecto de este tema considerando que el documento que nos ocupa no realiza mayores precisiones. Una se refiere a las acciones preventivas (aunque no son el único tipo de acciones que se desarrollan) desplegadas a nivel microgrupal; la otra a la vinculación entre este nivel microgrupal y los "procesos sociales más amplios".

Respecto de las prácticas preventivas, la primera cuestión radica en reconocer que si bien los daños a la salud que afectan la vida cotidiana de los conjuntos sociales reciben una respuesta social, esta respuesta no sólo opera cuando ya se han producido los daños a la salud, sino también en el sentido de prevenirlos o evitarlos. Pero además, la propia recurrencia y cotidianeidad implica la existencia de múltiples saberes y acciones ante estos problemas, no reductibles al paradigma médico-científico. Es interesante en este punto considerar lo que Menéndez (1990) denomina Modelo de Autoatención¹¹, un nivel de atención que es frecuentemente cuestionado (sobre todo en lo que hace a la automedicación) y al que se le niega su importancia decisiva de tal forma que reduce la posibilidad de desplegar las potencialidades de un primer nivel de atención autónomo y eficaz¹², a la vez que las

¹¹ Este concepto que refiere a una práctica social estructural orientada directa o indirectamente a asegurar la reproducción biológica y social a partir de las unidades doméstico-familiares. Se trata del conjunto de prácticas y representaciones basadas en el diagnóstico, atención y prevención llevados a cabo por la propia persona o aquellas pertenecientes al grupo familiar y/o a diferentes grupos comunitarios. En este conjunto de prácticas y representaciones se hallarán aquellas que, en función de la situación de hegemonía, corresponden al modelo biomédico, aunque no se restringen a él y se combinan con otros saberes y prácticas. De esta manera estamos frente a un conjunto de prácticas y representaciones construidas socialmente en un proceso de continua reapropiación y resignificación. Según el autor, el Modelo de Autoatención puede ser considerado el primer nivel real de atención y el hecho de que abarque a toda la estructura social se funda en dos cuestiones básicas: por un lado la frecuencia, recurrencia y continuidad de episodios de enfermedad, daños o problemas que afectan a los sujetos; y por otro, la necesidad de los grupos de construir acciones que le den algún tipo de respuesta a esos episodios que forman parte de la vida cotidiana (Menéndez, 1990).

¹² Menéndez (1990) señala que se ha reconocido en diversos ámbitos que la medicina hegemónica pocas respuestas ofrece frente a un conjunto de padecimientos (por ejemplo el alcoholismo, la drogadicción o la obesidad) y sin embargo apoyan escasamente la movilización de los recursos con que cuenta la comunidad. En este sentido, un caso paradigmático de la movilización de los recursos con que cuentan los grupos sociales y de la potencialidad para generar respuestas ante los padecimientos es el de los grupos de autoayuda como Alcohólicos Anónimos. En el caso de América Latina, estos grupos se constituyeron al margen del sector salud e incluso en la década de los 70 fueron rechazados por una parte de la medicina científica.

posturas más reduccionistas obturan la posibilidad de pensar en una concepción alternativa de la atención primaria.

En este sentido, aun las posiciones que reivindican la relevancia del autocuidado, pueden considerarlo como complemento de los sistemas de salud, de tal forma que no se someten a la reflexión los postulados teórico ideológicos sobre los que descansa el modelo científico ni se asume una perspectiva histórica para evaluarlos, y se dificulta todo intento por comprender e interpretar los saberes y prácticas que detentan los legos. El autocuidado entendido como complemento del sistema de salud y la estrategia de la educación para la salud pueden desplazarse fácilmente a una mera reafirmación del modelo biomédico al que deben adecuarse y subordinarse los saberes y prácticas no-científicas que se identificarían entonces como obstáculos a ser removidos.

Por otra parte, los elementos incluidos en la conceptualización de la participación comunitaria a la que se alude en el documento de la OPS/OMS, son constitutivos de las acciones que se despliegan frente a los padecimientos en todos los estamentos de una estructura social, por tanto involucran prácticas sociales que se expresan a nivel de las acciones individuales o microgrupales ya sea reproduciendo, reinterpretando y/o transformando el orden social. En tanto prácticas sociales (construidas históricamente en el marco de relaciones sociales concretas) no necesariamente se restringen al ámbito privado o microgrupal, aunque frente a los padecimientos recurrentes en éste frecuentemente se desplieguen las primeras acciones. Pueden pensarse asimismo que como prácticas sociales pueden asumir la visibilidad del accionar en el espacio público (sería el caso de los grupos de autoayuda), aunque queda claro que lejos del supuesto de que el escenario de lo público implica el ideal de un grupo homogéneo y unido en pos de una tarea común, se trata más bien del escenario del conjunto de relaciones que se construyen entre diversos grupos que detentan distintos grados de poder, con intereses no siempre coincidentes y con diferenciaciones socioculturales, políticas y económicas.

Salud y participación en las experiencias más recientes del municipio de La Plata

En base a estas observaciones iniciales (aun cuando resumen y esquematizan un tema extenso) se considera importante reflexionar sobre las características de la participación impulsada en las políticas públicas: la participación junto a una real redistribución del poder permitiría generar un proceso de democratización creciente, pero también puede significar, como han señalado diversos analistas, el traslado de las consecuencias sociales de un modelo social inequitativo a ámbitos de administración locales con una participación "pasiva" que

refuerza el statu quo y el control social. Además, poniendo el foco en las relaciones sociales, es posible pensar que en la definición e implementación de las políticas públicas en salud en APS que incluyen la estrategia de la participación, intervienen diversos actores cuyas interacciones deben entenderse contextualizadas en características sociales concretas. De esta manera es posible pensar a los actores y sus prácticas y representaciones, en un escenario de fuerzas donde los acuerdos, el conflicto y las tensiones marcan improntas específicas.

La estrategia participativa en APS y los promotores de salud

Como se indicó anteriormente, la atención primaria constituyó una iniciativa que prometía cambios sustanciales frente a un sistema de salud en el que prevalecía una práctica médica fundamentalmente curativa, de alto costo y centrada en los hospitales ubicados en las grandes ciudades. Si nos concentramos en nuestro país, en relación a la estructura organizacional del sistema de salud, una de las cuestiones que se desprende del cuestionamiento al lugar vertebrador del Hospital es la consiguiente acentuación de la importancia de los centros de salud barriales que son considerados como la puerta de entrada al sistema a la vez que se reconocen como escenarios privilegiados para las acciones de prevención y promoción de la salud. Siguiendo a Bloch y Colab. (1992), estaríamos frente a dos formas de concebir la atención primaria que no necesariamente se hallarán articuladas y pueden manifestar como mínimo algunas contradicciones en términos de las acciones emprendidas, que seguramente se expresarán en torno a uno de los puntos centrales en la APS como es el referido a la participación. Por otra parte, como señala Menéndez (1990), la relación entre curación y prevención ha estado marcada históricamente por la subordinación de la segunda, de tal manera que el submodelo cooperativo público (donde, agregamos, se inscriben los Centros de Atención Primaria de la Salud, que tomaremos como caso de análisis) enfatiza la importancia de la prevención aunque estará subordinado a lo curativo en todos los contextos.

Junto a la idea de colocar la atención primaria como piedra angular en la transformación del sistema de salud orientado a la curación, se puede ubicar la exaltación de la participación comunitaria. Sobre este último punto, el análisis de las distintas experiencias a lo largo de varias décadas en los países latinoamericanos, deja en evidencia por un lado los límites que la acotan toda vez que las demandas recuperan el plano político y colectivo de la salud (Ugalde, 1985). Por otro, que la cautela en la incorporación de la población se relaciona con la alarma que produce la posible concientización política y el cuestionamiento respecto a la sectorización de soluciones (Belmartino y Bloch, 1984).

En lo que a la participación refiere, la mayor parte de las experiencias que apelan a la consolidación de la APS, incluyen la figura de los “agentes de salud”, “promotores de salud” o “promotores comunitarios”, actores cuyas funciones pasan a encarnar *la* participación de la comunidad, o cuanto menos a actuar como articuladores entre el sistema de provisión de servicios médicos y la población¹³.

Es habitual entonces, encontrar la figura de los *agentes sanitarios o promotores de salud* (que ante todo son miembros de la comunidad), como agentes centrales aunque no únicos en la implementación de la política en APS. Para el caso de la Pcia de Buenos Aires, desde mediados de 2000 se han desarrollado programas específicos para incorporar a este tipo de agentes en la organización del sistema¹⁴. En lo que hace al municipio de La Plata, la información oficial¹⁵ indica que su Dirección de Salud Comunitaria y Promoción de la Salud tiene como intención primordial el abordaje integrador de la salud con políticas de inclusión a través de la Participación Comunitaria. Se señala además que *“la participación comunitaria vinculada a la Atención Primaria de la Salud legitimada en la Conferencia de Alma Ata en 1978 ha generado diversas experiencias, con diferentes concepciones acerca de qué implican los procesos participativos, desde proyectos caracterizados por intervenciones de tipo informativo en la comunidad, hasta procesos donde se generaron espacios de participación genuinos en cuanto a la toma de decisiones”*, y bajo este lineamiento general se propone la estrategia de “Formación de Promotores”. Justamente una de las actividades que se iniciaron en año 2008 es la creación de las Escuelas de Promotores de Salud con el objetivo de fortalecer la red social comunitaria para que la propia comunidad adquiriera herramientas para su auto-cuidado y protección. Se prevé además que los promotores comunitarios de salud se incorporen a los equipos técnicos aportando saberes y conocimiento que permitan una revisión de las prácticas de la propia comunidad y del conjunto de instituciones involucradas en el tema.

A priori podría plantearse que los promotores de salud (actores incorporados a los Centros de Atención Primaria de la Salud –CAPS- y reconocidos, entonces, como parte importante en la política en APS), por un lado (y tal vez primordialmente) sean incorporados como auxiliares de la práctica clínica. Sin embargo potencialmente podrían ser actores clave

¹³ Como señala Menéndez (2006:99) “... los promotores de salud... constituyen uno de los principales actores a través de los cuales el sector salud y las ONG trataron de impulsar la participación social y la organización comunitaria”.

¹⁴ Es así que en junio de 2004 se presentó el Programa de Formación y Capacitación de Promotores Comunitarios de Salud (integrado al Programa “Salud en Movimiento”) que se proponía garantizar la universalización de las políticas de salud, particularmente respecto de los sectores más vulnerables, con acciones de promoción, protección y atención de su salud. En: www.aninoticias.com/noticias (Ingreso en web: 13/11/2007 5:26:00 AM)

¹⁵ <http://www.laplata.gov.ar/nuevo/gobierno/institucional/salud/saludcomuni.shtm> (17/04/2009)

en, al menos, el cuestionamiento respecto a la sectorización de soluciones. Su incorporación en los equipos técnicos (CAPS), entonces, permitiría entrever un escenario en el que manifiesten conflictos o al menos de confrontaciones o disidencias, enmarcadas en la trama de relaciones de poder. Se abre potencialmente un escenario de discusión, no ya técnico médica, sino política, cuyos resultados son abiertos tanto en contenidos como en el tipo de actores e interlocutores interpelados.

Parte del análisis que se propone sobre las experiencias participativas asociadas a la incorporación de este tipo de actor, transita por analizar las representaciones y prácticas¹⁶ asociadas a la propia *participación*.

En relación a esto, no puede olvidarse la preocupación o interés de organismos como la OPS/OMS en torno a los distintos significados que asume la “participación en salud”. La OPS/OMS ha destacado los distintos sentidos comprendidos en *la participación*, identificando esta diversidad como uno de los obstáculos en la consolidación de la estrategia participativa¹⁷. Analíticamente es difícil considerar (junto a este organismo) que el problema de la diversidad de significados debe abordarse procurando una homogeneización (preocupación que tal vez pueda asociarse a las reticencias históricas a la participación en el ámbito de la salud en tanto han demostrado cierta faceta “desestabilizadora”). Una perspectiva más abarcadora se inclinaría por analizar esa diversidad como producto de relaciones de poder y contextos específicos que constituyen el marco en el cual se generan y/o actualizan las experiencias concretas que involucran la participación en salud.

Por otro lado, la capacitación de promotores de salud es sin dudas una iniciativa que entra en consonancia con las experiencias más recientes en el tema del fortalecimiento de la APS, aunque por sí sólo no garantiza la participación y no necesariamente se trata de una instancia que permita recuperar las experiencias autogeneradas por la comunidad. Igualmente importante es tomar nota de que en los promotores de salud (que se incorporan a equipos de

¹⁶ Siguiendo a Grimberg, M. (1988), por sistema de *representaciones* se entiende las formas específicas de "percibir, categorizar y significar (otorgar sentidos)" por parte de los sujetos a su experiencia social. Suponen no sólo un espacio de actualización del sistema de normas y valores hegemónicos, sino que al mismo tiempo implican procesos de intencionalidad y reflexión que llevan a un replanteo constante de la experiencia social. Al mismo tiempo existe una articulación entre las representaciones y las *prácticas* sociales, entendidas estas últimas como los "modos de acción, organización y respuesta social e institucional", las cuales conforman una unidad indisoluble en la que ambas dimensiones (sólo separables analíticamente) se influyen recíprocamente.

¹⁷ En principio esta preocupación sobre la diversidad como uno de los posibles obstáculos, no aparece explicitada en los documentos de las instancias institucionales de decisión y diseño de las políticas públicas en salud. Por un lado, los documentos oficiales de la Provincia de Buenos Aires, si bien señalan dificultades en la implementación de la APS y subrayan la importancia de la participación de la comunidad, no demarcan como un área de dificultad aquella asociada con las distintas significaciones que asume la participación en salud, un tema de relevancia que movilizó estudios empíricos por parte de la OPS/OMS en la última parte de la década de los 80 (OPS/OMS, 1990). Por su parte, en lo relativo al municipio de La Plata no existen documentos públicos que mencionen dificultades en torno a la implementación de la APS o a la estrategia de incorporación de promotores de salud y al igual que en el caso anterior no existen referencias a las dificultades asociadas con las distintas significaciones que asume la participación en salud entre los actores.

salud ya constituidos) se acumulan expectativas muchas veces acríticas y hasta ingenuas, que los ubican como “solución” a la consolidación de estrategias participativas en salud.

Además, se debe considerar que la estrategia de participación en APS contiene tensiones internas. Por un lado, la APS engloba actividades que pueden prescindir de la participación e igualmente ser eficaces en términos del impacto de las acciones sobre la salud colectiva (las acciones técnico-médicas pueden prescindir de la participación y ser ampliamente eficaces en términos de los indicadores de morbilidad, el ejemplo típico son las campañas de vacunación). Por otro lado, el sentido de lo que se define como “participación” puede cambiar conforme se refiera a distintas actividades de tal forma que englobe incluso significados contradictorios¹⁸ (puede referir a la práctica médica en sus múltiples facetas: desde controles hasta acciones curativas o reparativas). Asimismo las actividades de los promotores de salud pueden ser sólo de mediación entre la comunidad y los profesionales para garantizar el desarrollo de la práctica médica. Todas estas prácticas refieren a un contenido “acotado” de participación incluso en comparación con las definiciones de la OPS/OMS (1990) mencionadas al inicio de este trabajo.

Sin embargo, es igualmente posible esperar que se generen prácticas y emerjan sentidos disruptivos respecto de esta caracterización (aun sin tomar como parámetro el ideal de participación propuesto por las agencias internacionales y revisando críticamente). Si se aceptan estas afirmaciones, queda clara la relevancia que adquiere conocer el contenido de lo que se entiende por participación y qué acciones involucra, tomando a los actores y sus interacciones, como eje para analizar la construcción social de una política pública participativa en salud.

En base al análisis de caso realizado¹⁹ se puede afirmar que los significados y las prácticas referidos a la participación y a los actores sobre los que descansan algunas de las expectativas referidas a la participación de la comunidad muestran gradaciones entre al menos dos polos, aquel en el cual la participación es acotada (“simbólica” en términos de Sirvent – 1999-, es decir acciones que ejercen poca o ninguna influencia sobre la política y la gestión institucional y generan una ilusión de poder inexistente) y otro polo que, por ahora,

¹⁸ Detengámonos en un ejemplo típico de actividad preventiva: la vacunación. Una campaña podría basarse en una amplia difusión y convocatoria a través de los medios masivos de comunicación, propaganda gráfica, y/o charlas informativas en distintas instituciones y organizaciones de la sociedad civil. Entre las modalidades que asuma la difusión y convocatoria podrían incluirse las acciones de los promotores de salud. En este caso, ¿la participación de la población en qué consistiría?, en informarse y recibir una vacuna?, ¿qué sucedería si una comunidad se organizara para demandar vacunas o para difundir la propia campaña de vacunación?, ¿habría más participación?; en el primer caso se puede hablar de participación?

¹⁹ Se realizó un trabajo de relevamiento empírico con un total de 42 entrevistas semiestructuradas, en dos etapas: 2003-2005 (20 entrevistas a responsables y enfermero/as de 10 Centros de Salud y 2 a funcionarios municipales) y 2010 (hasta la fecha, 18 entrevistas a responsables de los CAPS y promotores de salud, en 9 centros de salud).

denominaremos “participación efectiva o emancipadora”. Esta última apunta a la capacidad transformadora de la lucha política de las clases subalternas y constituye una instancia movilizadora a través de la cual la población toma conciencia de los componentes extrasectoriales y determinaciones sociales de las problemáticas particulares (Eguía, A y Ortale, S., 2007)

La “participación” desde la perspectiva de los actores

Por un lado se identificaron distintos contenidos acerca de la “participación en salud”²⁰ vinculados a la APS y su tipologización no está exenta de dificultades²¹. Al respecto puede resultar útil la clasificación de Menéndez (1994) sobre tres grandes líneas básicas en la atención primaria, a las cuales se asocian distintas formas de concebir la participación. Entre ellas destacaremos la *atención primaria integral* (originada a partir del cuestionamiento al Modelo Médico Hegemónico en la década del 60) que en cierta forma sigue operando como franco ideal al momento de construir definiciones.

Esta buscaba dar respuesta a los daños a la salud, mejorar la calidad de vida y modificar la orientación biomédica dominante desde una aproximación comprensiva que proponía incluir a la sociedad civil en la toma de decisiones, reducir el protagonismo del equipo de salud y lograr una articulación entre curación y prevención que modificara el peso de práctica asistencialista. La sociedad civil encuentra en esta propuesta un lugar central. Participación comunal, intercambio de saberes popular y profesional, programas que no sean verticales, que partan de las necesidades de la población, que se apoyen en las comunidades de base incorporando las diversas formas de participación comunal, incluidas las de tipo político, serían los principales contenidos de este lineamiento (Menéndez, 1994)²².

Recuperando esta caracterización, en el relevamiento realizado si bien algunas de las definiciones de los responsables de los CAPS, sobre la participación se acercan a los contenidos que pueden ser asociados a una *atención primaria integral*, domina (aunque como

²⁰ Otros trabajos reportan coincidentes resultados. Ver por ejemplo Ruiz, V. (2007) M. E. Delgado Gallego y colab. (2005)

²¹ Se decidió incluir en el guión de la entrevista ítems que permitieran a los entrevistados explyarse sobre lo que entendían por participación en salud, pero también sobre lo que concretamente se hacía en la práctica, de tal manera que las definiciones sobre la participación muestran una gran diversidad incluso al interior de cada entrevista.

²² La *atención primaria selectiva* surge como corriente cuestionadora del anterior enfoque, al que califica de irrealizable y escasamente eficaz. Su propuesta consiste en seleccionar problemas prioritarios y actuar focalizadamente a partir de la existencia de técnicas biomédicas baratas y eficaces. Esta estrategia se aplicó a través del programa GOBI-FFF apoyado por la UNICEF y el Banco Mundial. Finalmente, la *atención primaria médica* constituye la estrategia dominante, algo que se expresa claramente en la orientación del financiamiento centrada sobre todo en la atención curativa y en el segundo y tercer nivel de atención, y que ubica en un segundo plano a la prevención. Señala el autor que la *atención primaria integral* tuvo escaso desarrollo en el aparato médico sanitario de Latinoamérica. El mayor impulso estuvo dirigido a la *atención primaria selectiva* y sobre todo a la *atención primaria médica* combinada con algunas medidas de carácter preventivo (Menéndez, 1994)

veremos más adelante no es la única presente) una conceptualización ligada más bien a la *atención primaria médica y selectiva*, y a prácticas participativas más bien acotadas. La forma más visible que asume esta diferenciación agrupa por un lado menciones a las condiciones de salud asociadas a las condiciones de vida y trabajo, y a distintas formas de reclamo de derechos ciudadanos, con los equipos de salud colaborando en las acciones decididas por la población. Por otro lado, sobresale la mención al trabajo conjunto de la población con el centro de salud a partir de las necesidades que el propio equipo de salud detecta a través de las actividades de educación que realiza (talleres, charlas informativas con distintas modalidades de organización), y la mención a la participación entendida como el conjunto de actividades que realizan los promotores de salud.

Interesa destacar, además, que los documentos que trazan las directrices de las políticas en salud municipales recuperan una imagen modélica de la APS y la participación, cercana a la *atención primaria integral* que dista de las acciones realizadas y tal vez es por ello que los conceptos y definiciones de la participación incorporados, aparecen como no respetados en la práctica, o al menos en clara tensión con ésta²³.

Los significados de la participación asociados a las prácticas sociales. Tensiones y límites de la participación

En principio, encontramos prácticas, definidas como participativas por los profesionales de los CAPS y los promotores de salud, circunscriptas a la provisión de atención médica (controles, asistencia clínica, vacunación) y la difusión de información sobre enfermedades (charlas, folletería, información brindada en el momento de la consulta médica o en el tiempo de espera previo a recibir atención profesional). No es un dato menor que este tipo de acciones tienen un reconocido y ampliamente documentado impacto positivo en los indicadores de salud. En el conjunto de actividades de los CAPS, la atención médica es la principal actividad.

Tal vez, al menos inicialmente, frente a la heterogeneidad de sentidos y prácticas sea adecuado recuperar una distinción al interior de APS: ésta supone acciones en materia de prevención y promoción de la salud. Siguiendo a Czeresnia, D. (2006), la promoción de la salud refiere a medidas que no se dirigen a una determinada enfermedad o desorden pero que sirven para aumentar la salud y el bienestar, orientándose a las condiciones de vida y de

²³ Como veremos, si consideramos la dimensión de las prácticas, domina más bien la combinación de atención médica y algunas acciones de carácter preventivo, de tal suerte que se percibe cierta contradicción entre el *deber ser* (incluidas las directrices políticas) y la práctica concreta. Podría suponerse que esta situación reproduce las tensiones de la "convivencia" entre la tendencia curativa dominante del modelo y la orientada a la prevención, cuyo carácter subalterno reviste un carácter funcional en el conjunto del modelo médico.

trabajo. La prevención supone actuaciones previas a la emergencia de los problemas de salud que el saber médico identifica como enfermedades, tal que permitan evitar o retrasar su aparición, y las estrategias de prevención y educación para la salud se estructuran mediante la divulgación de información y de recomendaciones normativas (Czeresnia, D. 2006:54-55)²⁴.

En el caso que analizamos, y siguiendo a Czeresnia (2006), la prevención tendría un lugar central. Sin embargo, la distinción trae aparejada una dificultad: los problemas de salud que el saber médico identifica como enfermedades deben ser enmarcadas en el proceso de medicalización de problemas sociales (proceso por el cual, siguiendo a Conrad (1982) la medicina amplía su jurisdicción a problemas que no siempre fueron considerados como problemas médicos). Considerando esta nota central, en principio sería útil para explicar las intervenciones de los profesionales médicos aun en problemáticas en las que denuncian una formación deficitaria (un ejemplo lo constituyen la violencia familiar o las adicciones), pero que forman parte de los temas que requieren su atención, principalmente frente a la demanda concreta de personas e instituciones.

La asociación prevención-saber científico médico permite recordar el lugar de *no-saber* en que el conocimiento médico ubica a los legos, y por tanto como sujetos que deben ser educados, tutelados, e identificados y conducidos a la instancia de la práctica médica. Se trata de un lugar de subordinación que no admite saberes alternativos respecto de la prevención. Sin embargo, como señala Menéndez (1998) se debería reconocer que las poblaciones producen y manejan saberes preventivos. El saber de los conjuntos sociales sintetiza en la vida cotidiana la información procedente de diversas fuentes, incluida la biomédica, para generar estas estrategias preventivas, que incluyen por supuesto la carencia de actividades preventivas respecto de problemáticas que no definen como amenazantes o que registran dentro de procesos que no corresponden a la salud/enfermedad.

De ser así, en el caso que nos ocupa, esa síntesis incluiría las experiencias de los conjuntos sociales con el sistema médico que incorpora a los promotores de salud. Si estos actores sólo reproducen la lógica técnico-médica, se restringe el espacio de potencialidades desplegadas en la propia interacción. Es por ello que las relaciones de poder y el saber asociado, deben ser especialmente analizadas: de nada sirve que se reconozca la importancia de los saberes de la comunidad, si no se genera el espacio de reflexión que trascienda la lógica

²⁴ Pereira, J. (2009) señala que en América Latina la promoción de la salud parece acentuar las prácticas de auto-cuidado, la incorporación de estilos de vida saludables y la modificación de comportamientos de riesgo. Asimismo manifiesta que la promoción de la salud se ha convertido en el paradigma dominante y eje articulador de las estrategias participativas (ejemplos de ello según el autor lo constituyen las campañas contra el tabaquismo, la obesidad y el sedentarismo). A nuestro entender, pareciera más bien, que prevención y promoción de la salud se aúnan en una relación de tensión, resaltándose más uno u otro componente de acuerdo a los casos que se analicen.

de la asistencia técnico-médica. Por otra parte, así como los profesionales médicos denuncian una formación deficitaria que guíe sus prácticas en ciertas áreas, no queda claro porqué podrían abordar sin más los problemas que se vislumbran cuando se “escucha a la propia comunidad” y que, al menos en ciertos casos, impugnan o cuestionan las características que asume la propia práctica médica, particularmente en lo que refiere a su eficacia.

Por otra parte, la prevención puede ubicar en forma descarnada que el proceso de la salud-enfermedad excede el accionar técnico-médico y potencialmente re-sitúa su dimensión socio-política. En parte ello se hace visible considerando el reconocimiento de ciertos límites en las estrategias de prevención tanto por parte de los médicos como de los promotores de salud, y debería conducirnos además a plantear que los conjuntos sociales pueden coincidir en esta apreciación identificando límites de la medicina en la prevención de los problemas de salud.

En lo antedicho es posible identificar la emergencia de tensiones que recuerdan los límites y posibilidades de las acciones concretas en materia de prevención y promoción de la salud. En parte ello refiere al proceso de reconocimiento/desconocimiento de la dimensión política y colectiva de la salud. En los relatos de los médicos y promotores de salud surge por un lado, la identificación de ciertos límites asociados a las condiciones de vida, de trabajo, las políticas públicas de promoción de bienestar incluido el saneamiento ambiental, tópicos que se señalan como claros indicadores de que las acciones del sector salud a través de sus agencias y agentes, resultan restringidas. Asimismo, considerando los relatos de algunos médicos, surgen otro tipo de límites asociados fundamentalmente a la educación de las personas (medido en función del sistema educativo oficial), de tal forma que se refuerza la idea de la necesidad de conducir, educar y controlar por parte del equipo técnico a una población que carece de los recursos educativos mínimos como para tomar decisiones, demandar acciones relevantes o siquiera opinar respecto del tipo de servicio que los CAPS brindan. La posición paternalista y autoritaria que de allí se desprende se despliega en el conjunto de acciones imaginadas y llevadas adelante junto a los promotores de salud. En este marco, algunos de los promotores reproducen el mismo esquema, sobre todo en los que hace al componente paternalista, aunque los déficit educativos identificados por los médicos se diluyen a favor de la consideración del conjunto de problemas asociados a las condiciones de vida de la población. La cantidad de hijos, la falta de trabajo, la falta de pareja, entre otros, surgen como justificadores de la necesidad acompañamiento y de control por parte de los promotores de salud.

Los promotores de salud y las relaciones con el equipo médico: el entramado de una relación de subordinación

Considerando las representaciones de los médicos sobre los promotores de salud, mayormente se los ubica como “colaboradores” en la conducción de los pacientes al proceso de atención clínica. Esta conceptualización nos sitúa de cara a las características de los equipos de salud cuyos agentes se encargan de dar espacio para el cumplimiento de los lineamientos políticos que incluirán diversas situaciones (experiencias previas, expectativas, formación y especialización, entre otras) que podrán tanto obstaculizar como potenciar la participación.

Parte de las experiencias previas identificadas por los médicos suponen el trabajo con manzaneras (en algunos casos se encargaban de controlar el cumplimiento del calendario de vacunación y los controles pediátricos o de embarazo a través de la consulta médica), con personas que recibían el Plan Trabajar y realizaban diversas tareas como “contraprestación” (tareas administrativas, limpieza, mejoramiento edilicio, cuidado del espacio verde cercano al centro de salud, etc.), las experiencias de organización de “cooperadoras” destinadas a conseguir recursos (escasos) para el funcionamiento del centro de salud. En estos casos la participación de la comunidad tiene un sentido claramente acotado.

Al momento de la puesta en acto de la actual política local participativa en el ámbito de la salud, era posible esperar considerando en principio estas experiencias previas (con una “participación acotada” y/o reducida a la colaboración), situaciones de resistencia y/o de apoyo moderado al desarrollo de actividades conjuntas entre el personal de los centros de salud y actores de la comunidad (entre los cuales podemos incluir a los promotores de salud)²⁵. Sin embargo no parecen haberse considerado estos puntos ni al momento del diseño ni en el transcurso de la implementación hasta hoy. Más bien el énfasis se concentra en los promotores de salud y, recientemente, también en otros actores comunitarios (sobre todo en lo que hace a la relación de los promotores de salud con organizaciones de la sociedad civil que desarrollan actividades barriales, y específicamente en la inclusión en las instancias de capacitación de contenidos referidos a la gestión de relaciones con actores organizados de las comunidades) y no en las relaciones que se construyen en los propios equipos de salud.

Igualmente importante parece ser la formación y los marcos ideológico-valorativos de los integrantes del equipo de salud de los CAPS, como punto de inflexión desde el que se

²⁵ En el análisis correspondiente al relevamiento 2003-2005, se detectaron entre los Jefes de los Centros de Salud posiciones contrarias, en diverso grado, a la participación de la comunidad. Las mayores resistencias se aglutinaban en torno al control de la propia comunidad sobre las características y tipo de actividades que deberían realizar los centros. En este sentido, parafraseando un documento de la OPS/OMS (1990) el propio sistema de atención actuaría como impedimento para una participación activa, a la vez que sobre él descansa la estrategia de participación definida en la política pública en salud.

piensa la participación y se proyectan actividades. En general, la especialización de los agentes de salud marca una impronta significativa en las formas de concebir y los escenarios contruidos para actividades participativas. Del análisis realizado (instancias empíricas 2003-05 y 2010) surge una marcada diferencia entre los hoy denominados CAPS a cuyo frente se encuentran médicos especializados en Medicina General o Medicina Comunitaria, aquellos cuya formación se orienta a otras áreas de especialización, como la Odontología. Matices hay muchos, por eso entre estos polos identificados empíricamente que refieren a la formación disciplinar de base, se ubican los profesionales que ponen en juego marcos ideológico valorativos con mayor disposición a formas de participación más cercanas al sentido integral de la APS que otros.

Asimismo es conocido el problema de la escasa remuneración (o su inexistencia) de los actores clave en las estrategias participativas ("promotores de salud" u otras denominaciones similares), que no hace más que marcar la "relevancia" subalterna que se les asigna en relación al equipo técnico de salud²⁶. La escasa retribución monetaria por las tareas de los promotores de salud, ubica el muchas veces denunciado espacio secundario de este tipo de actores. Por su parte, la prominente participación de mujeres en estas actividades entra en línea con las bajas remuneraciones y se asienta (reforzando) el rol tradicional de proveedora de cuidados en el ámbito doméstico. Estos cuidados abarcan no sólo aquellos que se entroncan con las acciones técnico médicas, sino también aquellos que refieren a las personas en sentido amplio, tal es el caso de las acciones que simplemente suponen el apoyo de la escucha de los problemas personales y familiares, la disposición de las personas a hablar sin el temor de recibir sanciones morales a sus comportamientos o formas de pensar²⁷.

El déficit de recursos (humanos y materiales, incluida la remuneración) reporta consecuencias concretas en el tipo de acciones desarrolladas en los centros de salud y puede reforzar en el plano ideológico la *reducción* del contenido de la participación. En este sentido se contribuye a reproducir un sistema que prioriza la atención médica aunque combinado con algunas medidas de carácter preventivo asociadas a la provisión de servicios desde los efectores de salud del primer nivel.

²⁶ Otro dato no menor es la heterogeneidad de los promotores respecto de las instancias de quienes dependen (algunos dependen del municipio, otros de Nación, otros de una cooperativa), reciben remuneraciones distintas e incluso el tiempo de trabajo no es el mismo.

²⁷ Habría que recordar además, como señalara Friedson (1978), que el médico ante la enfermedad o el enfermo no es neutral en ningún aspecto. Se supone que está capacitado para responder objetiva y neutralmente, pero esta supuesta neutralidad se diluye al considerar a) que las interpretaciones de síntomas y la terapéutica elegida responden a distintas "escuelas" o concepciones médicas; b) las "observaciones" del médico están afectadas por sus propias actitudes y manifiestan preferencia subjetivas, y además, que c) influyen diversos aspectos como sus antecedentes religiosos, étnicos, sexo, clase social, las características del ambiente en que trabaja, el tipo de pacientes que ve más frecuentemente, su contacto con colegas, etc, en el contenido y el sentido de las elecciones y respuestas que da.

La relación de subordinación de los *promotores de salud* respecto del equipo médico, repercute en las acciones concretas desarrolladas por estos actores cuyos márgenes de acción se definen y redefinen en función de una relación de poder en la que, el saber (con su plano ideológico) y la práctica médica, tienen un lugar destacado.

Por una parte, si bien es frecuente que en los relatos tanto de los médicos como de los promotores se aluda a un trabajo conjunto en la definición y realización de las acciones, surge en los relatos de los promotores una ponderación especialmente acusada del lugar prominente del equipo técnico. Se alude a “prestar ayuda”, a “no sobrepasar”, a prácticas de subordinación al momento de la incorporación a los centros (que incluyen por ejemplo desarrollar tareas administrativas, preparar bebidas, colaborar en la limpieza) que a la postre se van redefiniendo. En este juego de poder, las opciones se acotan a favor de la subordinación al equipo técnico: *“es una cuestión de supervivencia: o te vas o te integrás”*.

Por otra parte, ese lugar destacado, se hace particularmente visible considerando las instancias de capacitación de los promotores (donde hay un marcado énfasis en conocimientos técnicos del área de la medicina) que parecen reforzar el plano técnico-médico y el eje central de la relación de subordinación, de una práctica que supuestamente (según los propios lineamientos políticos que definen la estrategia participativa en los CAPS) abarca cierta revisión del conjunto de instituciones involucradas en el tema. Las revisiones por lo visto, no alcanzan a los saberes, ni a los objetivos y razones que guían las prácticas concretas, que trascienden la discusión en términos técnico-médicos.

Otras prácticas, otros sentidos

Finalmente, considerando los hallazgos empíricos de este trabajo de investigación se podía prever la emergencia de prácticas y sentidos más integrales sobre la participación en salud. Del análisis realizado entre 2003-2005 se desprendía la aparición de este tipo de sentidos acompañando ciertas prácticas participativas, y constituyendo un potencial espacio de cuestionamiento construido en los intersticios del sistema de salud municipal (que no los obstaculizaba seriamente aunque tampoco los impulsaba) de la mano de la formación de recursos humanos especializados en el área de APS²⁸ y de la participación de personas que asumían el rol de promotores de salud cuando esta figura no estaba reconocida a nivel municipal. Se detectó lo que podríamos denominar como “caso atípico”, que involucraba a

²⁸ El caso que se detectó no contaba con apoyo desde las instancias políticas de decisión, y esa falta de apoyo (que en los hechos no obstaculizó su surgimiento pero que tampoco apostó a su permanencia) se tradujo directamente en enfrentamiento, de tal forma que la experiencia vio su fin al menos desde el centro de salud en el que se desarrollara.

médicos generalistas con posicionamientos ideológico valorativos críticos respecto de la medicina y el propio sistema de salud. Por otra parte comprendía a un conjunto de personas, con distintas formas de agrupación, modalidades de organización y objetivos (la ONG “GIRAFA”, MTD Aníbal Verón, y un grupo autodenominado Promotoras de Salud²⁹), parte de cuyas actividades abarcaban acciones en salud, algunas de las cuales se articulaban en relación directa con el entonces denominado “Centro de Salud” barrial.

Esta experiencia no es única. En la segunda fase del relevamiento empírico (2010), se detectó una experiencia similar, y al igual que en el primer caso, el trabajo comprendía a diversos actores sociales. La trama de relaciones (actores que participan), la lógica de trabajo grupal (modalidad de trabajo), los temas abordados (tanto los temas que se incluyen en el debate como las acciones que se planifican para dar respuesta), resultan de una concepción más amplia de la salud que el mero tratamiento de las enfermedades lo cual se refleja en el tipo acciones llevadas adelante, incluidas las de los promotores de salud.

En estos casos los relatos incluyen entre las actividades (además de la atención clínica en consultorio y actividades conexas) reuniones mensuales por zonas con vecinos, líderes barriales e instituciones, para identificar conjuntamente los problemas (ejemplos de problemas que aparecen citados son: la falta de agua potable, las inundaciones, los perros sueltos y sin dueño, la acumulación de basura y el deficitario servicio de recolección, la necesidad de proponer actividades para los chicos en su tiempo libre, apoyo escolar, ampliación de la biblioteca del barrio, etc.) y decidir cursos de acción (estos son diversos y en los relatos se asocian al tipo de problema particular de que se trate: por ejemplo, respecto de la provisión de agua se han organizado para conseguir y repartir lavandina, se han elevado notas a la municipalidad y a la empresa proveedora, se han realizado contactos con distintas instituciones -la UNLP o con ONGs-, etc.).

La diversidad de prácticas participativas en ambas experiencias, contrasta visiblemente con aquellas circunscriptas a la atención médica y sus variantes asociadas, que aun sin excluirlas, claramente las trascienden. Consecuentemente se registran en asociación a estas experiencias, definiciones de participación no ya acotadas sino cercanas a lo que inicialmente identificáramos como “participación efectiva o emancipadora”³⁰.

²⁹ Al respecto ver González, M. y Silver, J. Coord. (2005: 28-35).

³⁰ De acuerdo a lo analizado hasta ahora no puede afirmarse la correspondencia de sentidos en todo el equipo de salud (incluidos los promotores). Pareciera más bien que en la práctica y las interrelaciones concretas, ésta se consolida. En consideración de las relaciones de subordinación de los equipos médicos, pareciera fundamental la forma de trabajo propuesta por los responsables de los CAPS (y sus marcos ideológico-valorativos), porque aún en las experiencias que describimos en este apartado, los promotores reconocen haber aprendido y haberse adaptado a un tipo de actividad que desconocían que contrasta con las actividades que desempeñan otros promotores en otros centros de salud.

Se podría pensar entonces, que ciertos actores y en ciertos contextos, pueden dar lugar a espacios más amplios para el desarrollo de experiencias participativas y/o a mantener cierto espíritu crítico o de potencial contrastación respecto de las actividades que mayormente se realizan³¹. Aun así, también hay que reconocer que en estos casos, la experiencia de trabajo está sujeta a diversos vaivenes y presiones político-institucionales. Es así que, en el primer caso referido, el trabajo conjunto con el centro de salud tuvo un momento de “impase” asociado al traslado de los integrantes del equipo de profesionales de la salud a otros centros, que recientemente muestra indicios de entrar en una nueva fase, por una parte con el “retorno” de parte del equipo de salud que previamente desarrollaba actividades y también con la incorporación de la figura de los “promotores” y el reconocimiento formal por parte del Municipio de que el Centro de Salud en cuestión forma parte del sistema de los CAPS. Asimismo, los traslados de los responsables de los equipos de salud, pueden potencialmente abrir paso a que se repliquen las experiencias participativas si cierta continuidad temporal mínima se garantiza.

Síntesis final. *¿Se puede hablar de una política participativa en salud a nivel local?*

En principio podría considerarse que el análisis del caso del municipio de La Plata, permite identificar algunas situaciones que perfilan escenarios complejos y heterogéneos para el sostenimiento de una política en salud que tome como eje la participación comunitaria. Parte del trabajo de investigación pretendió analizar la relativamente reciente incorporación de la figura de los “*promotores de salud*”. Este tipo de actor, central en experiencias desarrolladas en varios países y distintos contextos históricos, si bien ha estado ausente en el ámbito de definición de la política provincial y municipal en salud en la década de los 90 (momento en el cual se asiste a una fuerte revalorización desde los organismos internacionales), operó en las prácticas concretas en cierta forma como antecedente. La figura de los *promotores de salud* en el municipio empieza a consolidarse, fundamentalmente a través de la instancia de capacitación formal (en funcionamiento desde 2008) y la incorporación a los CAPS (Centros de Atención Primaria de la Salud). El análisis de la relación entre los promotores de salud, la comunidad y los centros de salud, muestra la

³¹ Puede llevarnos a pensar también, considerando la situación particular del municipio de La Plata, en la importancia de la capacitación de los médicos en el área de APS y el trabajo comunitario (áreas de conocimiento a las que no sólo se debería iniciar a los promotores de salud municipales), la incorporación de otros profesionales formados en el área de las ciencias sociales a los equipos de salud además de los promotores de salud (con especial atención a los problemas que pudieran darse entre actores cuyas áreas de interés e intervención fueran cercanas, por ejemplo promotores/trabajadores sociales), y la construcción y consolidación de e instancias de discusión y reflexión con la población para construir una política de salud que supere la situación que la caracteriza actualmente (aun cuando no se tenga en mente la replicación de una experiencia como la de los SILOS).

necesidad de que se consolide esta experiencia y por tanto las apreciaciones al respecto no pueden menos que ser provisionarias.

Aun así puede señalarse que la relación de subordinación de los *promotores de salud* respecto del equipo médico, repercute en las acciones concretas desarrolladas por estos actores cuyos márgenes de acción se redefinen en función de una relación de poder en la que el saber (incluido su plano ideológico) y la práctica médica tienen un lugar sobresaliente. La instancia de capacitación de los promotores parece reforzar el plano técnico-médico sustantivo en su lugar de subalternidad en relación al equipo médico que se construye y consolida en las prácticas concretas, más allá de que su intervención se asocie con mejoras en los índices de atención y morimortalidad de la población (otorgándoles por tanto un lugar destacado). La escasa retribución monetaria por las tareas de los promotores de salud y la prominente participación de mujeres (reforzando su rol tradicional de proveedora de cuidados en el ámbito doméstico) ubica el muchas veces denunciado espacio secundario de este tipo de actores.

Es esta relación de poder la que ubica en primer plano la necesidad de analizar la relación que se construye entre los actores (promotores y profesionales de la salud): las prácticas llevan la impronta de esa relación. De esta manera, es posible hallar situaciones disímiles en lo que a participación refiere, y características distintas en esa relación de poder. En los hechos la *reducción* del contenido de la participación, más allá de los lineamientos explícitos de la política pública, opera sobre varios niveles y situaciones.

Pero también se identificaron también dos casos en los que se detectó un sentido que denominamos de “participación efectiva o emancipadora” y prácticas participativas en las que se instalan la lógica de trabajo grupal entre los equipos de salud y la población (a través de organizaciones de la sociedad civil, instituciones y diversos líderes locales), y los temas abordados resultan de una concepción más amplia de la salud que el mero tratamiento de las enfermedades lo cual se refleja en el tipo acciones llevadas adelante. La diversidad de prácticas participativas en ambas experiencias contrasta visiblemente con aquellas circunscriptas a la atención médica y sus variantes asociadas, que aun sin excluirlas, claramente las trascienden.

Visto en perspectiva, la política pública municipal ha resultado errática en el transcurso de las dos últimas décadas y se han dado experiencias diferentes por espacios temporales más bien acotados. Parecieran replicarse entonces, algunas de las dificultades extensamente señaladas por diversos autores respecto del sostenimiento en el tiempo de acciones participativas, particularmente aquellas asociadas a la incorporación de *promotores*

de salud. Sin embargo, para el caso analizado, las diversas experiencias (incluidas no sólo las recientes sino las previas) no deberían ser ignoradas al momento del diseño y/o desarrollo de las políticas públicas municipales, o tratadas livianamente, porque forman parte de los saberes de los actores involucrados (directa o indirectamente) en la construcción de una política participativa en salud. Asimismo, cabría una apreciación para quienes denuncian como rasgo negativo el escaso sostenimiento en el tiempo de las experiencias participativas en APS, o catalogan de fracaso a las experiencias locales en comparación con los SILOS de otros países latinoamericanos. Tal vez las experiencias generen recursos simbólicos que se pondrán en juego en distintos contextos y en distintas circunstancias, de tal manera que el resultado de la experiencia en sí debería considerarse más allá de los límites sectoriales y programáticos con los que generalmente se “mide” el resultado en términos de eficacia de las políticas públicas. Y tal vez también, debería reconocerse que las experiencias participativas incluyen momentos de mayor “efervescencia”³² en las que las relaciones sociales adquieren mayor densidad y visibilidad, sobre todo en las primeras etapas de su constitución o en los momentos en que los procesos de negociación/confrontación demarcan escenarios particularmente álgidos en la lucha política.

El argumento de la OPS/OMS respecto de los problemas asociados a la existencia de distintos significados en torno a la participación puede efectivamente reconocerse en los hechos. Sin embargo, más que perseguir el logro de la homogeneidad de los sentidos como clave para un cambio en las características del sistema (aun reconociendo que puede fortalecer ciertas líneas), debería contemplarse: primero, que la heterogeneidad descansa sobre distintas experiencias en las que se apeló/apela a instancias participativas (estas diferencias son sustantivas en términos de las experiencias concretas de los actores y de la implementación y consolidación de nuevas directrices). En segundo lugar, que los sentidos construidos por los actores no revisten un carácter meramente técnico sino también ideológico y valorativo y aun la búsqueda de un consenso en el plano de las significaciones reactualiza la pregunta de para qué y por qué se busca la participación de la comunidad. En tercer lugar, debería considerarse una revisión crítica tanto de las experiencias previas como de aquellas diversas y más inmediatas en las que los actores aparecen inmersos o involucrados. Este punto reviste relevancia para los encargados del diseño e implementación de las políticas en salud al ofrecer claves analíticas para recuperar la historicidad que les es constitutiva.

³² Se está recuperando la noción durkhemiana presente en “Las formas elementales de la vida religiosa” (V/E).

Bibliografía

- Belmartino, S. y Bloch, C. (1984) "Reflexiones sobre participación popular en salud en Argentina". *Cuadernos Médico Sociales*, N° 27.
- Czeresnia, D. (2006) "El concepto de salud y la diferencia entre prevención y promoción". En: Czeresnia, D. y Machado de Freitas, C. *Promoción de la salud. Conceptos, reflexiones, tendencias*. Edit Lugar, Bs.As.
- Conrad, P. (1982) "Sobre la medicalización de la anormalidad y el control social". En: *Psiquiatría Crítica. La política de salud mental*. Edit. Crítica, Barcelona.
- Eguía, A. y Ortale, S. –compiladoras- (2007) "Sobre el concepto de participación". En: *Programas sociales y participación en la provincia de Buenos Aires*. Edit. Edulp.
- Friedson, E. (1978) *La profesión médica*. Cap. XII. Edit. Península, Barcelona.
- Grodos, D. y Béthune, X. (1988) "Las intervenciones sanitarias selectivas: una trampa para la política de salud del Tercer Mundo". *Cuadernos Médico Sociales*, N° 46
- Laurell, A. (1986). "El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina". *Cuadernos Médico Sociales*, N°37. Rosario, Argentina.
- Menéndez, E. (1992) *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*. Edit. Alianza, México.
- Menéndez, E. y Spinelli, H. -coordinadores- (2006) *Participación social ¿para qué?* Edit. Lugar. Bs. As.
- Morgan, L. (1993) "Participación comunitaria en salud. La política de Atención Primaria en Costa Rica". Cambridge University Press.
- OPS/OMS (1990) *Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud en la transformación de los sistemas nacionales de salud. La participación social*.
- OPS/OMS (1990) *Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud en la transformación de los sistemas nacionales de salud. La participación social. Estudio de casos*
- OPS/OMS (1993) *Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud en la transformación de los sistemas nacionales de salud. La participación social en el desarrollo de la salud*.
- Pereira, J (2009) "La participación ciudadana en las políticas de salud". En: M. Chiara y MM Di Virgilio (organizadoras) *Gestión de la política social. Conceptos y herramientas*. Ed. Prometeo y UNGS, Bs. As.
- Sirvent, M. T. (1999) *Cultura popular y participación social. Una investigación en el barrio de Mataderos*. Buenos Aires-Madrid: UBA-Miño Dávila Editores.
- Ugalde y Homedes (2002) "Qué ha fallado en las reformas de salud en América Latina?"; ponencia presentada en el VII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública. 8 al 11 de octubre. Lisboa, Portugal.
- Ugalde, A. (1985) "Las dimensiones ideológicas de la participación en los programas de salud en Latinoamérica". *Cuadernos Médico Sociales*, N° 41. Rosario, Argentina.